

# 実務経験証明書

## 記載例①

(公) 同施設内で、職種変更  
の履歴がある場合 理事長 様

証明者の所在地 滝沢市0-0-00  
施設・事業所の名称 社会福祉法人 〇〇  
代表者 職・氏名 理事長岩手 太郎



下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証明年月日	令和 7 年 6 月 21 日	※本証明書を作成した日付を必ず記入してください。 試験案内配布開始日(5月17日)より前の証明年月日は無効となります。
証明区分	確定・見込	※「見込」で提出した受験者は、要件を満たした時点で確定した実務経験証明書を改めて提出してください。
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日 S・H 60 年 3 月 4 日

事業所等の連絡先 (電話番号) 019-0000-0000 (担当人名) 総務課 事務 一子	
①事業所名称	介護老人保健施設 〇〇
②事業所の種別	介護老人保健施設
③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	0 3 5 0 1 0 2 4 6 8
④区分コード	1105
⑤法定資格等の登録年月日	
⑥職種名	支援相談員
⑦業務内容	相談援助業務
⑧業務期間(在籍期間)	H・R 2 年 4 月 1 日 から H・R 4 年 4 月 8 日 まで 業務期間 2 年 0 ヶ月 8 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄に)
⑨業務従事日数(実働日数)	482 日 (休)
※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。	

法定資格の登録日からの業務期間となります。

現在も就業中の場合、業務期間の最終日は、証明書の作成日を記入してください。

①事業所名称	デイサービス 〇〇
②事業所の種別	地域密着型通所介護
③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	0 3 9 1 6 0 1 3 5 7
④区分コード	0011
⑤法定資格等の登録年月日	令和 4 年 4 月 9 日
⑥職種名	介護福祉士
⑦業務内容	介護業務
⑧業務期間(在籍期間)	H・R 4 年 4 月 9 日 から H・R 7 年 6 月 21 日 まで 業務期間 3 年 2 ヶ月 13 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)
⑨業務従事日数(実働日数)	762 日 (休)
※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。	

①事業所名称	
②事業所の種別	
③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
④区分コード	
⑤法定資格等の登録年月日	
⑥職種名	
⑦業務内容	
⑧業務期間(在籍期間)	H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 年 月 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)
⑨業務従事日数(実働日数)	日 (休)
※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。	

- 記載にあたってはP45「(様式3)実務経験証明書 記載要領」を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
- 受験申込者が自署した証明書は無効とします(証明者と被証明者が同一の場合を除く)。
- 「業務期間」は、受験申込者が要支援者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
- 2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。

# 実務経験証明書

## 記載例②

(「見込」で実務経験証明書を提出する場合) 長 様

証明者の所在地 **盛岡市** □-□-□□  
 施設・事業所の名称 **医療法人** □□□  
 代表者 職・氏名 **理事長岩手 次郎**



下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証明年月日	令和 7 年 6 月 21 日	※本証明試験案	「見込」に○をしてください。	い。月日は無効となります。
証明区分	確定	※該当する方を○で囲んでください。	<b>見込</b>	「見込」で提出した試験名称、要件を満たした時点で確定した実務経験証明書を改めて提出してください。
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日	S・H 60 年 3 月 4 日	

事業所等の連絡先		(電話番号) 019-□□□-□□□□	(担当者名) 総務課 事務 二子
①事業所名称	□□病院		
②事業所の種別	病院	③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
④区分コード	0006	⑤法定資格等の登録年月日	令和2年9月13日
⑥職種名	看護師	⑦業務内容	看護業務
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 2 年 9 月 13 日 から H・R 7 年 9 月 12 日 まで 業務期間 5 年 0 ヶ月 0 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数(実働日数)	1,198	日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数(休日、休暇、病欠等を除いた日数)
⑩備考	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		

※証明者が同じ場合で、		業務期間は、試験日前日(10月11日(土))まで算定できます。ただし見込期間を経過し、要件を満たした時点で、改めて確定した内容の「実務経験証明書」を提出してください。	
		【提出期限】 10月24日(金)消印有効	
①事業所名称		R2.9.13	R7.6.21
②事業所の種別			
④区分コード			
⑥職種名			
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 □ 年 □ ヶ月 □ 日		日 まで
⑨業務従事日数(実働日数)		日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数(休日、休暇、病欠等を除いた日数)
⑩備考	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		

①事業所名称			
②事業所の種別		③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
④区分コード		⑤法定資格等の登録年月日	
⑥職種名		⑦業務内容	
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 □ 年 □ ヶ月 □ 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数(実働日数)		日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数(休日、休暇、病欠等を除いた日数)
⑩備考	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		

- 記載にあたってはP45「(様式3)実務経験証明書 記載要領」を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
- 受験申込者が自署した証明書は無効とします(証明者と被証明者が同一の場合を除く)。
- 「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
- 2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。

# 実務経験証明書

② 記載例③  
事業所の廃止履歴がある場合

証明者の所在地 一関市△-△-△△  
施設・事業所の名称 医療法人△△△  
代表者 職・氏名 理事長岩手 三郎



下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証明年月日	令和 7 年 6 月 21 日	※本証明書を作成した日付を必ず記入してください。 試験案内配布開始日(5月17日)より前の証明年月日は無効となります。
証明区分	※該当する方を○で囲んでください。 <b>確定</b> ・ 見込	※「見込」で提出した受験者は、要件を満たした時点で確定した実務経験証明書を改めて提出してください。
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日 <b>S</b> ・ H 60 年 3 月 4 日

事業所等の連絡先		(電話番号) 019-△△△-△△△△	(担当者名) 総務課 事務 三子
①事業所名称	通所リハビリテーション△△事業所		
②事業所の種別	通所リハビリテーション	③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	0 3 7 0 9 0 1 3 5 7
④区分コード	0009	⑤法定資格等の登録年月日	平成31年4月21日
⑥職種名	作業療法士	⑦業務内容	作業療法
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R <b>31</b> 年 4 月 21 日 から H・R <b>3</b> 年 10 月 31 日 まで 業務期間 <input type="text" value="2"/> 年 <input type="text" value="6"/> ヶ月 <input type="text" value="11"/> 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数(実働日数)	<input type="text" value="606"/> 日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数	
⑩備考	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。 <b>令和3年10月31日 事業所廃止</b>		

※証明者が同じ場合で、複数の実務経験期間がある場合は以下に記載してください。

①事業所名称	特別養護老人ホーム △△		
②事業所の種別	特別養護老人ホーム	③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	0 3 7 0 9 0 2 4 6 8
④区分コード	0009	⑤法定資格等の登録年月日	平成31年4月21日
⑥職種名	作業療法士	⑦業務内容	作業療法
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R <b>3</b> 年 11 月 1 日 から H・R <b>6</b> 年 6 月 21 日 まで 業務期間 <input type="text" value="3"/> 年 <input type="text" value="7"/> ヶ月 <input type="text" value="21"/> 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数(実働日数)	<input type="text" value="867"/> 日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
⑩備考	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		

①事業所名称			
②事業所の種別		③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
④区分コード		⑤法定資格等の登録年月日	
⑥職種名		⑦業務内容	
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヶ月 <input type="text"/> 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数(実働日数)	<input type="text"/> 日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
⑩備考	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		

- 記載にあたってはP45「(様式3)実務経験証明書 記載要領」を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
- 受験申込者が自署した証明書は無効とします(証明者と被証明者が同一の場合を除く)。
- 「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
- 2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。